AUS DER GYNÄKOLOGISCHEN ABTEILUNG DES
ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES EPPENDORF ZU HAMBURG.

ÜBER DIE LEBENSAUSSICHTEN FRÜHGEBORENER KINDER MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SPONTAN FRÜHGEBORENEN KINDER.

NACH DEM MATERIAL DER GYNÄKOLOGISCHEN ABTEILUNG DES ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES EPPENDORF AUS DEN JAHREN 1907—1912.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

VORGELEGT

VON

KLAAS BAKKER
AUS BORKUM.

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1913.

AUS DER GYNÄKOLOGISCHEN ABTEILUNG DES
ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES EPPENDORF ZU HAMBURG.

ÜBER DIE
LEBENSAUSSICHTEN FRÜHGEBORENER KINDER MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SPONTAN FRÜHGEBORENEN KINDER.

NACH DEM MATERIAL DER GYNÄKOLOGISCHEN ABTEILUNG DES ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES EPPENDORF AUS DEN JAHREN 1907—1912.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

VORGELEGT

VON

KLAAS BAKKER
AUS BORKUM.

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1913.

Nr. 31.
Rektoratsjahr 1913—1914.
Referent: Prof. Stoeckel.
Zum Druck genehmigt.
z. Z. Dekan: Anschütz.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

MEINEN LIEBEN ELTERN

IN DANKBARKEIT GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uberdielebensaus0000klaa

Seit längerer Zeit ist ein Streit entbrannt, ob es zweckmäßig ist, die künstliche Frühgeburt beim engen Becken beizubehalten oder sie ganz fallen zu lassen, um entweder eine Spontangeburt nach Ablauf der Schwangerschaft abzuwarten, oder, wo diese nicht möglich ist, das Kind auf operativem Wege zur Welt zu befördern. (Sectio caesarea, Hebosteotomie.) Von den Gegnern der künstlichen Frühgeburt wird vor allem ins Feld geführt, daß die Aussichten quoad vitam für die frühreifen Kinder im allgemeinen derart ungünstig seien, daß der geringe Prozentsatz, der das erste Jahr überlebt, praktisch überhaupt nicht in Frage komme.

Andererseits zeigen die Zusammenstellungen größerer Säuglingsanstalten sowie geburtshilflicher Kliniken, daß bei zweckmäßiger Behandlung die Lebensaussichten für frühreife Kinder nicht derart ungünstig sind, und sich durch zweckmäßige Maßnahmen wesentlich verbessern lassen.

Doch wogt der Streit der Meinungen noch hin und her, und aus diesem Gesichtspunkte heraus haben wir das Material unserer Entbindungsanstalt durchgesehen, um festzustellen, wie sich die Frühgeburten der hiesigen Anstalt späterhin verhalten. Dabei kommt es uns vor allen Dingen nicht darauf an, wie sich die Mortalität des Kindes beim engen Becken oder überhaupt bei der künstlichen Frühgeburt gestaltet, sondern wir sind der Frage näher getreten, was aus sämtlichen (spontan und künstlich) frühgeborenen Kindern weiterhin wird.

Das Material dazu entstammt den Jahren 1907—1912. In der Arbeit berücksichtigt worden sind nur die lebendgeborenen Kinder aus dem oben angeführten Grunde.

Erkrankungen der Mutter als auslösendes Moment für die Frühgeburt sind nur dann aufgeführt, wenn sie absolut sicher nachgewiesen werden konnten. Ausgeschieden sind bei der Berechnung die luetischen Kinder, da sie natürlich von einem anderen Standpunkt aus zu beurteilen sind.

Besonders haben wir das Verhalten der frühgeborenen Kinder im Gewichte von 1000—2000 g geprüft, um festzustellen, ob durch Couveusenbehandlung die an und für sich schlechten Lebensaussichten für derartig kleine Gewichte sich erheblich besser gestalten lassen. Da es nach unseren Erfahrungen für die Lebensfähigkeit nicht allein auf die Länge als mindestens ebensoviel auf das Gewicht des frühreifen Kindes und vor allem die Zeit der Beendigung der Schwangerschaft ankommt, haben wir in unseren Tabellen die Einteilung getroffen, daß wir die Kinder mit einem Gewicht von 1001—1500 (entsprechend etwa der 27.—28. Schwangerschaftswoche), diejenigen von 1501—2000 (28.—32. Schwangerschaftswoche), von 2001—2500 (32.—36. Schwangerschaftswoche) die von 2501 bis 3000 (über 36. Schwangerschaftswoche) jeweils zusammenfassen. Diese Zusammenfassung ist natürlich etwas schematisch, bietet dafür aber eine bessere Übersicht.

Bei den Kindern im Gewichte von 2500 bis 3000, von denen man einen großen Teil als fast reif bezeichnen kann, kommen im allgemeinen die Verhältnisse den reifen Kindern gleich. Bei ihnen ist aus diesem Grunde nur die Sterblichkeit in der Anstalt festgestellt, während man annehmen kann, daß sie sich draußen demnach annähernd wie normale Kinder verhalten werden. Insgesamt verfügen wir aus den Jahren 1907—1912 über 1422 spontan geborene, lebende, frühreife Kinder. Hierzu kommen noch die künstlichen Frühgeburten; da sie aber ein besonderes Interesse beanspruchen, sollen sie am Schluß für sich behandelt werden.

Von diesen 1422 Kindern waren 9 im Gewichte unter 1000 g, mithin nicht lebensfähig, und für die Berechnung nicht in Frage kommend. Es bleiben also 1413 Kinder übrig. Von diesen standen 698 im Gewichte von 2501—3000 g, 502 im Gewichte von 2001—2500 g, 138 im Gewichte von 1501—2000 g, 75 im Gewichte von 1001—1500 g.

Von den 698 Kindern der ersten Gruppe starben in der Anstalt 12, in Prozenten 1,75. Die Mortalität für ausgetragene Kinder, die lebend in der Anstalt geboren wurden, beträgt für 1911 0,81 %, also ist zwar die Mortalität für die im Laufe der letzten Jahre frühgeborenen Kinder im Gewichte von 2501—3000 g für unsere Anstalt über doppelt so groß, wie die ausgetragener Kinder; doch sind die in Betracht kommenden Zahlen so klein, daß man praktisch wohl keinen wesentlichen Unterschied zu machen braucht. Infolgedessen kann man annehmen, wie oben erwähnt, daß auch außerhalb der Anstalt die Lebensfähigkeit der Kinder im Gewichte von 2501—3000 g sich entsprechend der der ausgetragenen

Kinder verhalten wird. Als Ursachen für das Eintreten der Frühgeburt fand sich bei dieser Gruppe viermal Eklampsie, viermal Nephritis, viermal Placenta praevia, zweimal Lungenerkrankung.

Wesentlich andere Verhältnisse finden wir bei den Kindern im Gewichte von 2001—2500 g. Ihre Gesamtzahl beträgt 502. Als Ursache der frühzeitigen Ausstoßung der Frucht fand sich in 10 Fällen Eklampsie, in 10 Fällen Schwangerschaftsnephritis, in 2 Fällen Pyelitis, in 3 Fällen Lungenkrankheiten, in 4 Fällen Placenta praevia, zweimal enges Becken, einmal Herzerkrankung, einmal Anaemie in graviditate, einmal Chorea, einmal Veronalvergiftung, einmal vorzeitige Plazentalösung, insgesamt 36 Fälle. Es bleiben demnach 466 Fälle von spontan eingetretener Frühgeburt, ohne erkennbaren Grund. Von sämtlichen 502 Kindern kamen in der Anstalt ad exitum 53 Kinder und es verließen die Anstalt lebend 449 Kinder, gleich 89,45 %. Während von den 36 Kindern, bei denen eine Ursache für das Auftreten der Frühgeburt vorhanden ist, die Mortalitätsziffer 16,66 % beträgt, ist diese bei den aus unbekannter Ursache frühgeborenen 10,08 %. Auffallend ist die große Anzahl der in den ersten 24 Stunden sterbenden Kinder. Es kamen nämlich von den 53 Kindern in den ersten 24 Stunden 40, in den ersten 4 Stunden 8, innerhalb der ersten 14 Tage 5 ad exitum. Wir haben also eine wesentlich höhere Sterblichkeit bei den Kindern im Gewichte von 2001—2500 g als bei der vorigen Gruppe. Erwähnt muß werden, daß die Kinder fast alle an der Brust ernährt wurden; reichte die Nahrung nicht aus, so wurde verdünnte Kuhmilch zugegeben. Couveusenbehandlung fand bei diesen Kindern nicht statt. Die Aufenthaltsdauer in der Anstalt schwankt außerordentlich, und zwar aus dem Grunde, weil ein Teil der Mütter, die im Wochenbett erkrankten, naturgemäß länger im Krankenhause verbleiben mußte als bei normalem Wochenbettsverlauf. Allein der Kinder wegen kam eine Verlängerung der Anstaltsbehandlung bei dieser Gruppe kaum in Betracht.

Was wird nun draußen aus diesen Kindern. Eine exakte Beantwortung dieser Frage bietet große Schwierigkeiten. Um ein einigermaßen richtiges Bild von der Zukunft dieser Kinder zu erhalten, haben wir uns mit einer Rundfrage an die ehelichen Mütter gewandt, und sie gebeten, sich mit den Kindern in der Anstalt vorzustellen oder eine Notiz über den eventl. Tod uns zukommen zu lassen. Leider ist das Resultat hinter unseren Erwartungen weit zurückgeblieben, vor allem deswegen, weil ein großer Teil der Eltern nicht auffindbar war, was ja auch bei der fluktuierenden Bevölkerung der Großstadt nicht weiter wundernehmen kann. Immerhin haben sich doch eine Anzahl hier eingefunden, und ich lasse das Resultat jetzt folgen und zwar trennen wir die ehelich geborenen von den unehelichen, von welch letzteren wir auf andere Weise Nachricht erhalten haben.

Zum Verständnis der Tabelle ist zu erwähnen, daß wir die frühgeborenen Kinder erst dann für ebenso widerstandsfähig halten wie reife Kinder, wenn sie mindestens das erste Lebensjahr erreicht haben.

Tabelle I.

Ehelich geborene Kinder im Gewichte von 2001—2500.

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen	Alter
1	2100	17	2110	jetzt 12 kg, mit 1 Jahr Masern, Krämpfe	$3^1/_2$ J. gesund
2	2400	9	2380	gesund, 8,2 kg	$1^1/_2$ J.
3	2360	12	2420	gesund, 15,6 kg	$3^1/_2$ J.
4	2470	10	2380	gesund, 10 kg	1 J.
5	2090	10	3080	gesund, 13,5 kg	$3^1/_2$ J.
6	2280	14	2360	gesund	$4^1/_4$ J.
7	2100	11	2130	gesund, 5,7 kg	$^1/_2$ J.
8	2100	45	2620	gesund, 5 kg	$^1/_2$ J.
9	2500	10	2460	gesund, 13,8 kg	4 J.
10	2200	29	2470	gesund, 15 kg	4 J.
11	2140	20	2460	gesund, 10,3 kg	2 J.
12	2150	12	2160	gesund, 7,2 kg	$^1/_2$ J.
13	2300	10	2370	gesund, 5,9 kg	$^1/_2$ J.
14	2100	10	2120	gesund, 9 kg	$1^1/_2$ J.
15	2400	13	2300	gesund, 16,3 kg	5 J.
16	2470	27	2500	gesund, 6,65 kg	1 J.
17	2300	12	2340	gesund, 7,2 kg	1 J.
18	2200	32	2680	geistig wenig rege } 7,2 kg	1 J.
19	2250	32	2550		1 J.
20	2500	11	2350	gesund, 8 kg	$1^1/_4$ J.
21	2300	9	2300	Otitis media, jetzt gesund, 1,4 kg	$^1/_2$ J.
22	2420	11	2500	gesund, 10,3 kg	2 J.
23	2100	14	2100	gesund, 12 kg	2 J.
24	2170	23	2600	gesund, 6,2 kg	$^1/_2$ J.
25	2150	?	2150	gesund, 4,6 kg	$^1/_2$ J.
26	2300	12	2070	Rachitis, 12,2 kg	3 J.
27	2400	9	2380	gesund, 8,5 kg	$1^1/_2$ J.
28	2100	9	2100	gesund, 8,3 kg	$1^1/_2$ J.
29	2400	21	2750	gesund, 10,8 kg	$1^1/_4$ J.
30	2290	38	3160	gesund	4 J.
31	?	?	?	gesund	2 J.
32	2160	12	2300	$^1/_4$ Jahr p. p. an Brechdurchfall	
33	2050	10	2050	2 Tage nach der Entlassung †	
34	2100	10	2000	am Tage der Entlassung zu Hause †	

Von insgesamt 133 ehelich geborenen frühreifen Kindern ließ sich nur in 37 Fällen Nachricht gewinnen. 31 Frauen stellten sich persönlich mit ihren Kindern vor; von 37 Kindern waren 6 gestorben; bei 3 Verstorbenen ließen sich keine näheren Daten gewinnen. Sie sind daher in der Rubrik nicht angeführt, bei der Berechnung aber als innerhalb des ersten Jahres verstorben betrachtet. Es beziffert sich die Mortalität im ganzen auf 16,21 %. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß sich bei den 31 lebenden noch 7 befinden, die noch nicht ein Jahr alt sind. Lassen wir diese unberücksichtigt, so ergeben sich auf 30 Kinder 6 Todesfälle gleich 20 % Mortalität. Mithin finden wir, daß bei unseren ehelich geborenen Kindern im Gewicht von 2001—2500 g 80 % das erste Lebensjahr erreichen. Das ist gewiß ein ganz günstiges Resultat, doch sind leider die Zahlen zu klein, um absolut beweisend wirken zu können. Interessant ist nun der Vergleich, mit dem Schicksal der unehelich geborenen Kinder, die lebend die Anstalt verlassen haben. Es handelt sich um 316. Unsere Resultate haben wir so gewonnen, daß wir uns an die Hamburger Zentrale für Jugendfürsorge wandten mit der Bitte, um Auskunft über diese Kinder. Auf diese Weise gelang es uns, in 270 Fällen einwandsfrei näheres zu erfahren. Wie zu erwarten, ist die Anzahl der Todesfälle natürlich erheblich größer, denn es ist ja leicht verständlich, daß uneheliche Mütter meistens nicht annähernd so viel Interesse an der Erhaltung des Kindes haben, wie die verheirateten.

Tabelle IIa.

Unehelich geborene Kinder im Gewichte von 2001—2500.

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Jetziger Gesundheitszustand	Jetziges Alter
1	2500	11	2680	gesund	6 J.
2	2170	14	2220	gesund	6 J.
3	2150	20	2300	gesund	6 J.
4	2450	10	2260	gesund	6 J.
5	2400	11	?	Trübung des linken Auges, sonst gesund	6 J.
6	2500	12	2250	gesund	6 J.
7	2450	21	2360	körperlich und geistig schwach	6 J.
8	2250	10	2500	gesund	6 J.
9	2420	13	2260	gesund	6 J.
10	2200	10	2340	gesund	6 J.
11	2290	11	2360	gesund	6 J.
12	2200	9	2160	gesund	$5^3/_4$ J.
13	2230	?	2400	gesund	$5^3/_4$ J.

Tabelle IIa. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Jetziger Gesundheitszustand	Jetziges Alter
14	2370	18	2340	gesund	$5^3/_4$ J.
15	2340	?	2180	gesund	$5^3/_4$ J.
16	2420	18	2540	gesund	$5^1/_2$ J.
17	2280	18	2440	gesund	$5^1/_2$ J.
18	2450	23	2400	gesund	$5^1/_2$ J.
19	2450	26	2450	gesund	$5^1/_2$ J.
20	2430	12	2550	gesund	$5^1/_2$ J.
21	2480	10	2530	gesund	$5^1/_2$ J.
22	2500	12	2500	gesund	$5^1/_2$ J.
23	2400	11	2500	gesund	$5^1/_4$ J.
24	2450	26	2500	gesund	$5^1/_4$ J.
25	2080	82	2500	wahrscheinlich tuberkulös	$5^1/_4$ J.
26	2200	12	2150	gesund	$5^1/_4$ J.
27	2450	20	2520	nach der Entlassung Lues cong.	$5^1/_4$ J.
28	2500	9	2500	gesund	5 J.
29	2350	10	2260	anscheinend gesund	5 J.
30	2350	14	2450	zart, anscheinend gesund	5 J.
31	2260	11	2200	gesund	5 J.
32	2480	14	2700	gesund	5 J.
33	2310	10	2500	gesund	5 J.
34	2250	16	2400	gesund	5 J.
35	2210	11	2280	gesund	5 J.
36	2450	9	?	gesund	$4^3/_4$ J.
37	2130	13	2450	gesund	$4^3/_4$ J.
38	2470	10	2380	anscheinend gesund	$4^3/_4$ J.
39	2350	22	2340	anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
40	2050	11	2100	anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
41	2260	16	?	gesund	$4^1/_2$ J.
42	2460	11	2530	gesund	$4^1/_2$ J.
43	2380	9	2500	gesund	$4^1/_2$ J.
44	2450	12	2730	gesund	$4^1/_2$ J.
45	2480	12	2300	gesund	$4^1/_2$ J.
46	2250	11	2750	anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
47	2430	11	2630	anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
48	2390	11	2120	anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
49	2050	64	3750	gesund	$4^1/_2$ J.
50	2370	64	3760	gesund	$4^1/_2$ J.
51	2500	11	2600	gesund	$4^1/_2$ J.
52	2480	12	2650	gesund	$4^1/_2$ J.
53	2500	13	2500	gesund	$4^1/_4$ J.
54	2320	?	2480	zart, anscheinend gesund	$4^1/_2$ J.
55	2450	30	2460	gesund	$4^1/_4$ J.
56	2250	?	2060	anscheinend gesund	$4^1/_4$ J.

Tabelle IIa. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Jetziger Gesundheitszustand	Jetziges Alter
57	2380	9	2480	anscheinend gesund	$4^1/_4$ J.
58	2480	16	2660	gesund	4 J.
59	2400	16	2500	gesund	4 J.
60	2500	26	2750	gesund	4 J.
61	2490	16	2440	gesund	4 J.
62	2250	?	2120	gesund	2 J.
63	2430	14	2450	anscheinend gesund	4 J.
64	2430	?	2480	gesund	$3^3/_4$ J.
65	2250	?	?	gesund	$3^3/_4$ J.
66	2380	11	2480	zart, anscheinend gesund	$3^3/_4$ J.
67	2430	11	2400	zart, anscheinend gesund	$3^3/_4$ J.
68	2300	11	2060	anscheinend gesund	$3^3/_4$ J.
69	2220	13	2240	zart, anscheinend gesund	$3^1/_2$ J.
70	2200	11	2170	anscheinend gesund	$3^1/_2$ J.
71	2250	12	2300	anscheinend gesund	$3^1/_2$ J.
72	2400	16	2360	anscheinend gesund	$3^1/_2$ J.
73	2200	10	2170	zart, anscheinend gesund	$3^1/_4$ J.
74	2280	13	2480	gesund	$3^1/_4$ J.
75	2350	11	2300	gesund	$3^1/_4$ J.
76	2340	10	2210	anscheinend gesund	3 J.
77	2480	48	2450	anscheinend gesund	3 J.
78	2100	11	2180	anscheinend gesund	3 J.
79	2270	13	2560	anscheinend gesund	3 J.
80	2270	12	2250	anscheinend gesund	3 J.
81	2180	12	2150	anscheinend gesund	3 J.
82	2500	12	2640	anscheinend gesund	$2^3/_4$ J.
83	2420	12	3000	gesund	$2^3/_4$ J.
84	2170	?	2080	anscheinend gesund	$2^3/_4$ J.
85	2400	15	2450	gesund	$2^3/_4$ J.
86	2350	12	2450	zart, gesund	$2^3/_4$ J.
87	2500	12	3360	zart, anscheinend gesund	$2^1/_2$ J.
88	2030	14	2200	anscheinend gesund, zart	$2^1/_2$ J.
89	2400	14	2400	anscheinend gesund, zart	$2^1/_2$ J.
90	2400	12	2720	gesund	$2^1/_2$ J.
91	2330	10	2460	gesund	$2^1/_2$ J.
92	2470	11	2340	gesund	$2^1/_2$ J.
93	2150	10	2100	gesund	$2^1/_2$ J.
94	2450	10	2460	gesund	$2^1/_2$ J.
95	2450	11	2610	anscheinend gesund	$2^1/_4$ J.
96	2500	13	2460	zart, gesund	$2^1/_4$ J.
97	2430	8	2720	gesund	$2^1/_4$ J.
98	2450	13	2720	anscheinend gesund	$2^1/_4$ J.
99	2200	14	2000	sehr schwach	$2^1/_4$ J.

Tabelle IIa. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Jetziger Gesundheitszustand	Jetziges Alter
100	2080	15	2200	anscheinend gesund	$2^1/_4$ J.
101	2450	11	2400	anscheinend gesund	$2^1/_4$ J.
102	2400	12	2450	anscheinend gesund	$2^1/_4$ J.
103	2310	11	2400	gesund	$2^1/_4$ J.
104	2420	14	2380	gesund	2 J.
105	2330	24	2720	gesund	2 J.
106	2480	9	2360	anscheinend gesund	2 J.
107	2200	8	2160	zart, gesund	2 J.
108	2330	11	2300	gesund	$1^3/_4$ J.
109	2500	11	2690	gesund	$1^3/_4$ J.
110	2450	33	3240	nach der Entlassung Otit. med., später gesund	$1^3/_4$ J.
111	2150	10	2380	gesund	$1^3/_4$ J.
112	2450	10	2540	anscheinend gesund	$1^3/_4$ J.
113	2500	10	2440	anscheinend gesund	$1^1/_2$ J.
114	2450	10	2610	anscheinend gesund	$1^1/_2$ J.
115	2300	15	2350	wegen Keuchhusten im Krankenhaus	$1^1/_4$ J.
116	2220	10	2150	zart, anscheinend gesund	$1^1/_4$ J.
117	2170	9	2240	anscheinend gesund	$1^1/_4$ J.
118	2400	?	2350	gesund	$1^1/_4$ J.
119	2150	11	2300	gesund	$1^1/_4$ J.
120	2500	18	2550	gesund	$1^1/_4$ J.
121	2200	20	2380	anscheinend gesund	$1^1/_4$ J.
122	2500	10	2600	etwas zurückgeblieben	$1^1/_4$ J.
123	2420	38	2960	gesund	$1^1/_4$ J.
124	2450	?	2200	zart, gesund	$1^1/_4$ J.
125	2400	9	2550	anscheinend gesund, zart	$1^1/_4$ J.
126	2150	6	2330	mittelkräftig	1 J.
127	2270	21	2730	gesund	1 J.
128	2500	11	2550	gesund	1 J.
129	2250	9	2290	zart, gesund	1 J.
130	2500	9	2300	anscheinend gesund	1 J.
131	2500	?	2690	anscheinend gesund	1 J.
132	2050	8	2040	gesund	1 J.
133	2500	15	2420	gesund	1 J.
134	2400	8	2370	gesund, zart	1 J.
135	2500	9	2280	anscheinend gesund	1 J.
136	2430	?	2560	anscheinend gesund	1 J.
137	2250	9	2300	zart, blaß, wund	11 M.
138	2460	?	2680	anscheinend gesund, zart	11 M.
139	2450	9	2280	gesund	11 M.
140	2500	12	2450	anscheinend gesund, zart	11 M.

Tabelle IIa. (Fortsetzung,)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts in d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Jetziger Gesundheitszustand	Jetziges Alter
141	2500	?	2510	gesund	10 M.
142	2340	22	2600	gesund	9 M.
143	2100	10	2070	im Krankenhaus	8 M.
144	2170	12	2130	Bronchitis	8 M.
145	2230	12	2480	anscheinend gesund, zart	8 M.
146	2100	10	2050	zart, gesund	8 M.
147	2350	10	2300	Coniunkt., gesund	8 M.
148	2300	10	2140	anscheinend gesund	8 M.
149	2450	9	2340	sehr zart, gesund	7 M.
150	2300	11	2060	gesund	6 M.
151	2150	10	2090	zart, gesund	5 M.
152	2400	9	2260	anscheinend gesund	5 M.
153	2390	14	2100	zart, anscheinend gesund	4 M.
154	2400	9	2370	sehr zart	4 M.
155	2500	1	2500	gesund	4 M.
156	2420	9	2360	sehr schwach	4 M.
157	2250	38	3160	gesund	4 M.
158	2400	15	2430	gesund	4 M.
159	2300	15	2530	gesund	4 M.
160	2050	11	2030	gesund	4 M.

Tabelle IIb.

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer d. Aufenthalts i. d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Krankheiten	Alter beim Tod	Todesursache
1	2030	10	2260	—	3 M.	Bronchitis
2	2350	?	2530	—	$1^1/_2$ M.	Krämpfe
3	2500	19	2520	—	1 J.	unbekannt
4	2360	?	2260	—	2 M.	unbekannt
5	2100	14	2550	—	6 M.	unbekannt
6	2300	?	2390	—	6 M.	unbekannt
7	2500	13	2500	—	7 M.	unbekannt
8	2100	18	2450	—	7 M.	unbekannt
9	2440	18	2450	—	9 M.	unbekannt
10	2370	?	2130	—	$1^1/_2$ M.	unbekannt
11	2010	11	2100	—	1 M.	unbekannt
12	2500	10	2340	—	4 M.	unbekannt
13	2480	9	2260	—	2 M.	unbekannt

Tabelle IIb. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer d. Aufenthalts i. d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Krankheiten	Alter beim Tod	Todesursache
14	2450	?	?	—	3 1/2 M.	Lungenentzündung
15	2350	?	2450	—	3 M.	unbekannt
16	2390	9	2360	—	1 M.	unbekannt
17	2150	14	2190	—	1 M.	unbekannt
18	2350	16	2430	Leistenbruch	3 J.	unbekannt
19	2450	13	2300	—	7 M.	Krämpfe
20	2050	11	2200	—	2 M.	Lungenentzündung
21	2270	25	2930	—	1 1/2 M.	Brechdurchfall
22	2370	11	2500	—	7 M.	unbekannt
23	2200	16	2070	—	?	unbekannt
24	2480	22	2520	—	3 M.	unbekannt
25	2440	11	2620	—	5 M.	Brechdurchfall
26	2360	10	2150	—	1 M.	Lebensschwäche
27	2130	28	2490	—	3 M.	unbekannt
28	2330	12	2180	—	1 M.	unbekannt
29	2480	?	?	—	2 M.	unbekannt
30	2130	34	2500	—	1 J. 8 M.	unbekannt
31	2010	10	2200	—	1 M.	unbekannt
32	2010	24	2450	—	3 M.	Darmkatarrh
33	2230	12	2400	—	11 M.	unbekannt
34	2380	9	2500	—	11 M.	unbekannt
35	2470	10	2600	—	3 1/2 M.	Krämpfe
36	2240	10	2240	—	3 1/2 M.	Herzlähmung
37	2430	11	2280	—	3 1/2 M.	Magen u. Darmkatarrh
38	2350	?	?	—	1 Woche	unbekannt
39	2470	15	2400	—	6 M.	unbekannt
40	2500	13	2500	—	1 1/2 M.	unbekannt
41	2300	11	2280	—	2 1/2 M.	Krämpfe
42	2330	10	2140	—	4 M.	unbekannt
43	2480	18	3050	—	7 M.	unbekannt
44	2440	15	2260	—	2 1/2 M.	unbekannt
45	2300	14	2500	—	1 1/2 M.	unbekannt
46	2180	8	2150	—	6 M.	Brechdurchfall
47	2270	10	2100	—	2 M.	unbekannt
48	2450	13	2180	—	1 1/2 M.	Brechdurchfall
49	2480	11	2460	—	4 M.	unbekannt
50	2320	17	2240	—	5 M.	unbekannt
51	2200	12	2160	Lungenentzündung	5 M.	unbekannt
52	2200	19	2800	—	5 M.	Lebensschwäche
53	2480	15	2180	—	2 1/2 M.	Herzschlag
54	2350	10	2450	—	5 M.	Krämpfe

Tabelle IIb. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer d. Aufenthalts i. d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Krankheiten	Alter beim Tod	Todesursache
55	2280	13	2130	—	1 M.	Lebensschwäche
56	2500	29	2480	—	1 M.	unbekannt
57	2250	16	2430	—	10 M.	unbekannt
58	2450	17	2350	—	$1^1/_2$ M.	Lebensschwäche
59	2430	?	?	—	3 M.	unbekannt
60	2470	14	2360	—	2 M.	Lebensschwäche
61	2090	29	2600	—	4 M.	unbekannt
62	2350	24	3040	—	2 M.	Darmkatarrh
63	2020	35	2240	—	3 M.	unbekannt
64	2500	11	2460	—	$2^1/_4$ J.	Diphtherie
65	2500	24	2880	—	2 M.	unbekannt
66	2500	13	2430	—	5 M.	Krämpfe
67	2280	11	2160	Wasserbruch	6 M.	unbekannt
68	2500	11	2450	—	4 M.	unbekannt
69	2430	11	2260	—	$2^1/_2$ M.	unbekannt
70	2100	?	2120	—	$2^1/_2$ M.	unbekannt
71	2450	9	2500	—	6 M.	Krämpfe
72	2400	19	2680	Keuchhusten	1 J.	unbekannt
73	2320	12	2840	—	3 M.	unbekannt
74	2300	12	2050	—	$1^1/_2$ M.	unbekannt
75	2470	25	2420	—	$1^1/_2$ M.	unbekannt
76	2480	11	2420	—	$1^1/_2$ M.	unbekannt
77	2480	12	2280	—	1 J.	Darmkatarrh
78	2450	11	2370	—	1 M.	Brechdurchfall
79	2070	10	2010	—	1 M.	Lungenentzündung
80	2450	12	2260	—	5 M.	unbekannt
81	2400	12	2200	—	5 M.	unbekannt
82	2500	15	3050	—	7 M.	Pädatrophie
83	2150	13	2230	Ausschlag	$1^1/_4$ J.	unbekannt
84	2450	12	2400	—	1 M.	unbekannt
85	2400	18	2500	—	4 M.	Krämpfe
86	2280	10	2220	—	1 J.	unbekannt
87	2410	15	2480	—	4 M.	Pädatrophie
88	2460	24	2720	—	1 M.	unbekannt
89	2030	16	2550	—	2 M.	unbekannt
90	2501	10	2530	—	3 M.	unbekannt
91	2460	12	2300	—	$1^1/_2$ M.	unbekannt
92	2260	14	2430	—	2 M.	unbekannt
93	2300	9	2480	—	3 M.	unbekannt
94	2400	10	2100	Wasserbruch	1 M.	unbekannt
95	2350	?	2310	—	2 M.	Brechdurchfall

Tabelle IIb. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer d. Aufenthalts i. d. Anstalt	Gewicht bei der Entlassung	Krankheiten	Alter beim Tod	Todesursache
96	2430	?	?	—	1 M.	unbekannt
97	2170	9	2130	—	8 M.	unbekannt
98	2400	12	2460	—	3 M.	unbekannt
99	2100	8	2280	—	1 M.	Gastro-Enteritis, Pädatrophie
100	2480	10	2250	Augenleiden	1 M.	Krämpfe
101	2250	10	2100	—	6 M.	unbekannt
102	2350	10	2250	—	$^1/_2$ M.	unbekannt
103	2250	10	2200	—	?	unbekannt
104	2350	9	2300	—	6 M.	Gastroenteritis
105	2500	12	2350	Keuchhusten	5 M.	Lebensschwäche
106	2010	19	1900	—	2 M.	Enteritis
107	2400	14	2250	—	$1^1/_2$ M.	Luftröhrenkatarrh
108	2020	10	2020	—	5 M.	Krämpfe
109	2270	11	2100	—	4 M.	unbekannt
110	2450	11	2400	—	2 M.	unbekannt

Lassen wir die 46 unberücksichtigt, von denen nichts Näheres zu erfahren war, so stehen uns 270 Fälle zur Verfügung. Es lebten von den 270 Kindern zur Zeit unserer Nachforschung noch 160 gleich 59,25 %. Zur leichteren Übersicht sind sie in einer Tabelle IIa vereinigt, während ebenfalls die Gestorbenen in einer Tabelle IIb zusammenstehen. Nach dem ersten Teil der Tabelle haben ein Alter von mindestens 1 Jahr erreicht 136, dazu kommen noch aus dem zweiten Teil 8, die erst nach einem Jahr gestorben sind, zusammen 144. Von den Verstorbenen sind ebenfalls einige abzuziehen, und zwar die 10 letzten, die erst innerhalb des letzten Jahres geboren sind. Dann ergibt sich, daß von 244 Kindern im ersten Jahre 100 gestorben sind, gleich 38,71 %. Wir sehen also, daß die Mortalitätsziffer bei unehelich geborenen Kindern fast doppelt so groß ist, als bei ehelich geborenen. Immerhin kann man auch mit diesem Resultat zufrieden sein. Leider ist es nun nicht möglich, das Gewicht der jetzt noch lebenden unehelichen Kinder mit dem der ehelich geborenen zu vergleichen, da sich das Gewicht der unehelichen nicht feststellen läßt. Die ehelichen Kinder, die sich uns persönlich vorgestellt haben, waren mit wenigen Ausnahmen geistig und körperlich gesund, wie ja auch aus der Tabelle I hervorgeht. Über den Gesundheitszustand der unehelich geborenen sind wir auf die

Angaben angewiesen, die uns von der Zentrale gemacht worden sind, und ich verweise auf die Anmerkungen in Tabelle IIa.

Die Gesamtsterblichkeit der frühgeborenen Kinder, ehelich und unehelich, im Gewichte von 2001—2500 g, die lebend die Anstalt verließen, im ersten Jahre beträgt 106 von 274, gleich 38,7 %.

Die Todesursache war in den meisten Fällen unbekannt. Wahrscheinlich wird es sich meistens um Lebensschwäche gehandelt haben.

Als weitere Gruppe nehmen wir die Frühgeburten im Gewichte von 1501—2000 g. Diese sind sämtlich in der ersten Zeit in der Couveuse behandelt worden. Die Kinder kamen sofort im Anschluß an die Geburt in die Couveuse und blieben dort so lange, bis sie gute Gewichtszunahme zeigten, und auch das Allgemeinbefinden zufriedenstellend war. Unsere Anstalt besitzt zwei solcher Couveusen nach Lion, wie sie sich jetzt vielfach in Deutschland im Gebrauch befinden. Auf die nähere Beschreibung können wir daher verzichten. Es herrschen ja über Wert oder Unwert der Couveuse widersprechende Ansichten. Während einige Autoren sie ganz entbehren zu können glaubten und Wärmewannen usw. an ihre Stelle gesetzt wissen wollten, andere wieder entsprechend eingerichteten Brutzimmern den Vorzug gaben, hat wohl die große Mehrzahl der Kinderärzte und Geburtshelfer sich mit der Couveuse befreundet. Auf die Vorzüge und Nachteile der einzelnen Systeme wollen wir hier nicht näher eingehen. Sämtliche Kinder wurden wie üblich, so weit es sich machen ließ, an der Brust genährt, genügte die Muttermilch nicht, so wurde als Zusatz mit Wasser verdünnte Kuhmilch oder Rahmgemenge gegeben.

Die Zahl der im Gewichte von 1501—2000 g lebend geborenen Kinder umfaßt 138. Krankhafte Veränderungen als auslösendes Moment der Frühgeburt ließen sich in 35 Fällen feststellen, und zwar handelte es sich achtmal um Placenta praevia, sechsmal um Eklampsie, elfmal um Schwangerschaftsnephritis, viermal um Pyelitis, fünfmal um Erkrankung der Lunge, einmal um fieberhafte Erkrankung.

Von diesen 138 Kindern wurden lebend aus der Anstalt entlassen 91 = 66 %. Einbegriffen in die vorstehende Zahl 138 sind natürlich auch die Kinder, die gleich post partum oder kurz nachher gestorben sind. Nachstehend lassen wir eine Gesamtübersicht folgen. Der Erleichterung halber haben wir dabei die in der Anstalt verstorbenen Kinder von denen getrennt, die die Anstalt lebend verlassen haben.

Tabelle III.

Ehelich und unehelich geborene Kinder im Gewichte 1501—2000 g die in der Couveuse behandelt sind.

Lfd. Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
1	1900	$^1/_2$	—	Sektionsbefund: Atalect. pulm.
2	1520	1	1440	Sektion: Atalect. pulm.
3	1650	2	1550	Sekt.: Atalect. pulm.
4	1950	2	—	Anatom.: Pädatrophie
5	1650	1	—	Pädatrophie
6	1920	2	1750	Pädatrophie
7	1630	2	1460	Anatom.: Atalect. pulm.
8	1850	1	—	Sekt.: Atalect. pulm.
9	1600	2	—	Sekt.: Atalect. pulm.
10	1530	1	—	Sekt.: Atalect. pulm.
11	1800	1	am Tage p. p.	Sekt.: Atalect. pulm.
12	1710	1	am Tage p. p.	Sekt.: Pädatrophie
13	1950	6 Std.	am selben Tage	Sekt.: Atalect. pulm.
14	1530	4 Std.	am Tage der Geb.	Sekt.: Atalect. pulm.
15	1800	1	am Tage p. p.	Sekt.: Atalect. pulm.
16	1900	1	am Tage p. p.	Sekt.: Atalect. pulm. part.
17	1700	6 Std.	am Tage der Geb.	Sekt.: Atalect. pulm.
18	1800	3 Std.	am Tage der Geb.	Sekt.: Atalect. pulm.
19	1600	3 Tage	—	Sekt.: Pädatrophie Atalect. pulm.
20	1550	10	1430	Sekt.: Pädatrophie
21	1970	10	1380	Sekt.: Pädatrophie
22	1000	2 Std.	am Tage der Geb.	Sekt.: Atalect. pulm.
23	1820	10 Tage	1740	Sekt.: Atalect. pulm. part.
24	1600	14	1200	Sekt.: Atalect. pulm.
25	1800	8	1660	Sekt.: Atalect. pulm.
26	1600	4	1400	Sekt.: Peritonit. diffus.
27	1790	5	1500	Sekt.: Pädatrophie
28	1690	4	1760	Sekt.: Atalect. pulm.
29	1650	11	1480	Sekt.: Pädatrophie
30	1870	9	1560	Sekt.: Pädatrophie
31	1930	14	1680	Sekt.: Atalect. pulm.
32	1520	25	1560	Sekt.: Pädatrophie Atalect. pulm.
33	1750	16	1300	Sekt.: Pädatrophie
34	1750	38	1840	Sekt.: Pädatrophie
35	1910	19	1360	Sekt.: Pädatrophie
36	1540	6	1140	Sekt.: Pädatrophie
37	1550	44	1200	Sekt.: Pädatrophie
38	1710	7	—	Sekt.: Pädatrophie
39	1600	28	1200	Sekt.: Pädatrophie
40	1750	42	1600	Sekt.: Pädatrophie
41	1800	70	2000	Sekt.: Pädatrophie

Tabelle III. (Fortsetzung.)

Lfd. Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
42	1750	4	1660	Sekt.: Pädatrophie
43	1600	10	1080	Sekt.: Pädatrophie
44	1840	1	Tag p. p.	Sekt.: Atalect. pulm.
45	1630	30	1520	Sekt.: Meningit. purul.
46	1520	34	1420	Sekt.: Pädatrophie
47	1900	$^1/_2$	—	Sekt.: Atalect. pulm.
48	1750	30	2400	kräftig
49	1600	?	2400	kräftig
50	1970	50	2520	Nicht sehr kräftig
51	1530	21	1830	schwächlich
51	1960	24	2090	schwächlich
53	1880	50	2610	nicht sehr kräftig
54	1520	14	1720	gut entwickelt
55	1760	12	1660	schwächlich
56	1940	21	1800	schwächlich
57	1750	27	2480	gesund
58	1640	8	1590	gesund
59	1760	18	2320	gesund
60	1700	13	1500	elend
61	1550	14	1660	gedeiht
62	1950	10	2070	—
63	1950	23	1600	elend
64	1860	11	1720	schwächlich
65	1800	14	1730	—
66	1970	12	2200	gesund
67	2000	25	2450	kräftig
68	1800	12	1600	schwächlich
69	1770	11	1790	kräftig
70	1920	9	1650	elend
71	1970	16	2210	nicht sehr kräftig
72	1520	35	1680	ziemlich elend
73	1540	11	1480	schwächlich
74	1840	34	3100	kräftig
75	1850	26	2160	—
76	1780	24	2140	gesund
77	1920	?	4220	gesund
78	1850	17	2010	gesund
79	1690	10	1700	—
80	1980	11	1850	schwächlich
81	1950	7	1780	—
82	1600	?	3540	kräftig
83	1750	?	3640	gesund
84	1800	10	1930	schwächlich

Tabelle III. (Fortsetzung.)

Lfd. Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
85	1990	13	1610	schwächlich
86	1810	13	1520	schwächlich
87	1580	13	1450	schwächlich
88	1950	12	1780	schwächlich
89	1800	18	1930	gesund
90	1850	?	3100	gesund
91	1600	37	2330	kräftig
92	1520	38	2050	nicht sehr kräftig
93	1750	25	2280	gesund
94	1900	32	2020	wohl
95	1700	18	3260	gesund
96	1850	?	3940	gesund
97	1950	10	1900	wohl
98	1580	8	1460	schwächlich
99	1800	10	1940	kräftig
100	1970	19	2500	gesund
101	1970	31	2790	kräftig
102	1920	31	2050	schwächlich
103	1850	11	1670	schwächlich
104	1760	11	1760	gesund
105	1940	9	2160	—
106	1800	60	2350	schwächlich
107	1600	24	2100	gesund
108	1750	11	1660	schwächlich
109	1950	11	1950	gesund
110	1750	10	1700	—
111	1750	43	2200	kräftig
112	1950	15	2090	—
113	1940	20	2500	gesund
114	1670	29	1670	schwächlich
115	1930	13	1680	schwächlich
116	1650	48	2320	—
117	1800	28	2100	gesund
118	1870	10	1740	schwächlich
119	1850	?	2780	kräftig
120	1800	21	2100	gesund
121	1530	?	3170	gesund
122	1740	30	2260	gesund
123	1630	27	1930	kräftig
124	1750	8	1670	—
125	2000	18	1900	gesund
126	1990	7	2000	kräftig
127	1950	32	1740	schwächlich
128	1800	17	2050	gesund

Tabelle III. (Fortsetzung.)

Lfd. Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
129	1800	?	?	?
130	2000	15	1850	schwächlich
131	1780	13	1520	schwächlich
132	1550	13	1360	schwächlich
133	2000	57	2400	kräftig
134	1800	17	2050	gesund
135	1850	8	1720	gesund
136	2000	10	2000	gesund
137	1700	15	2050	kräftig
138	1600	12	1880	kräftig

Aus unserer Tabelle III geht also hervor, daß von den frühgeborenen, in unserer Anstalt gestorbenen Kindern 16 in den ersten 24 Stunden zugrunde gingen, 5 werden 2 Tage alt, innerhalb des 2.—7. Tages kommen noch 6 ad exitum, während die übrigen bis zu 70 Tagen am Leben erhalten bleiben. Als Sektionsbefund ließ sich in den meisten Fällen nur eine entweder teilweise oder vollkommene Atalektase der Lungen oder ausgesprochen Pädatrophie feststellen. Nur in einem Falle fand sich eine diffuse Peritonitis ohne erkennbaren Ausgangspunkt. In einem zweiten Falle fand sich eine ausgedehnte Konvexitätsmeningitis auch ohne nachweisbaren Ausgangsherd; endlich fand sich noch bei einem Drillingskind, das klinisch das Bild der Melaena bot, ein Ulcus duodeni. Abgesehen von diesen drei Fällen muß man demnach als Todesursache die geringe Widerstandsfähigkeit infolge der Frühgeburt ansehen. Auch bei sorgsamster Pflege und bester Ernährung gelingt es also bisher in der Anstalt nicht, die Lebensbedingungen für die frühgeborenen Kinder absolut günstig zu gestalten, wenn sie sich auch wohl gegen früher wesentlich verbessert haben.

Man könnte jedoch mit dem erreichten Resultate zufrieden sein, wenn die Aussichten für die lebend entlassenen Kinder absolut günstig wären, wie bekannt, ist dies jedoch keineswegs der Fall. Es wird vielmehr die Sterblichkeit draußen eine wesentlich höhere sein, wenn man bedenkt, daß sogar in der Anstalt die Kinder nach 2—10 Wochen noch ad exitum kamen, trotz der äußerst günstigen Verhältnisse in der Anstalt.

Um nun auch hier einen gewissen Überblick über das weitere Schicksal dieser frühgeborenen Kinder zu gewinnen, sind wir ebenso vorgegangen, wie oben. Wir lassen das Resultat dieser Nachforschungen an der Hand einer weiteren Tabelle folgen, in der wir wie in Tab. I und II die ehelich geborenen Kinder von den unehelichen getrennt haben.

Tabelle IV.

Ergebnis der Nachforschung über ehelich und unehelich geborene im Gewichte von 1501—2000.

a) Eheliche.

Nr.	Anfangsgewicht	Tage in Couveuse	Abgangsgewicht	Jetziges Alter	
1 (62)	1950	10	2070	5 J.	Stets gesund, geistig rege. Rachitis. Gewicht 15000 g
2 (69)	1770	11	1790	5 J.	Nie krank, Laufen mit $1^1/_2$ J., keine Rachitis
3 (87)	1580	13	1450	$3^1/_4$ J.	Kind gesund, geistig rege
4 (91)	1600	37	2330	3 J.	Stets gesund. Gewicht 13000 g
5 (105)	1940	9	2160	$1^1/_2$ J.	Vollkommen gesund. Gewicht 8000 g
6 (106)	1800	24	2350	$1^1/_2$ J.	Caput. quadratum. Sonst keine Rachitis. Geht nicht. Gewicht 11000 g
7 (111)	1750	43	2200	$1^1/_4$ J.	Schwere Rachitis. Bronchitis. Ohrenlaufen, geistig wenig rege. Gewicht 6200 g
8 (123)	1630	27	1930	$1^1/_4$ J.	Gesund gewesen, gestorben an Krupp und Masern
9)(109)	1950	11	1950	5 M.	Gestorben 5 Monate nach Entlassung an Brechdurchfall
10 (79)	1690	10	1700	1 M.	1 Monat nach der Entlassung an unbekannter Ursache gestorben

b) Uneheliche.

1 (49)	1600	?	3000	$5^1/_2$ J.	gesund
2 (50)	1970	50	2520	$5^1/_2$ J.	gesund
3 (53)	1880	50	2310	$5^1/_4$ J.	zart aber gesund
4 (76)	1780	24	2140	$4^1/_2$ J.	gesund
5 (78)	1850	17	2010	$4^1/_4$ J.	gesund
6 (92)	1520	13	2050	3 J.	anscheinend gesund
7 (94)	1900	32	2020	2 J.	anscheinend gesund
8 (97)	1950	10	1900	$2^1/_4$ J.	
9 (101)	1970	31	2790	$2^3/_4$ J.	gesund
10 (104)	1760	11	1760	$1^1/_2$ J.	gesund
11 (116)	1650	48	2320	2 J.	gesund
12 (118)	1870	10	1740	2 J.	leidet an Krämpfen
13 (120)	1800	21	2100	2 J.	Rachitis
14 (122)	1740	30	2260	2 J.	gesund
15 (137)	1700	15	2050	$3^1/_4$ J.	anscheinend gesund
16 (95)	1750	25	2280	$2^3/_4$ J.	an unbekannter Ursache gestorben
17 (84)	1800	10	1930	$1^3/_4$ J.	an unbekannter Ursache gestorben
18 (48)	1750	30	2400	3 M.	an unbekannter Ursache gestorben
19 (52)	1960	24	2090	$5^1/_2$ M.	an unbekannter Ursache gestorben

Tabelle IV. (Fortsetzung.)

Nr.	Anfangsgewicht	Tage in Couveuse	Abgangsgewicht	Jetziges Alter	
20 (59)	1760	18	2320	$1^1/_2$ M.	an Lebensschwäche gestorben
21 (64)	1860	11	1720	1 M.	an unbekannter Ursache gestorben
22 (65)	1800	14	1730	3 M.	Darmkatarrh gestorben
23 (67)	2000	25	2450	3 M.	Darmkatarrh gestorben
24 (68)	1800	12	1600	1 M.	an unbekannter Ursache gestorben
25 (72)	1520	35	1680	3 M.	an Lebensschwäche gestorben
26 (73)	1540	11	1480	8 M.	an Krämpfen gestorben
27 (74)	1840	34	3100	5 M.	am Keuchhusten gestorben
28 (81)	1950	7	1780	1 M.	an unbekannter Ursache gestorben
29 (96)	1850	?	3940	6 M.	Darm- und Brustkatarrh gestorben
30 (110)	1750	10	1700	$^1/_2$ M.	an Lebensschwäche gestorben
31 (112)	1950	15	2090	3 M.	an Lebensschwäche gestorben
32 (114)	1670	29	1670	6 M.	an unbekannter Ursache gestorben
33 (126)	1920	7	2000	1 M.	an unbekannter Ursache gestorben
34 (127)	1950	32	1740	1 M.	an Lebensschwäche gestorben
35 (130)	2000	15	1850	$1^1/_2$ M.	an unbekannter Ursache gestorben
36 (138)	1600	12	1880	3 M.	am Krämpfen gestorben

In 10 Fällen gelang es uns, näheres über ehelich geborene Kinder zu erfahren, in 37 Fällen blieben unsere Nachforschungen ergebnislos. Von den 10 Kindern leben zurzeit noch 7, davon sind 5 vollkommen gesund, während 1 geringe Zeichen von Rachitis aufweist, ein anderes sehr schwere rachitische Veränderungen zeigt, ein Kind ist mit $1^1/_4$ Jahr an Masern und Krupp gestorben, 2 andere innerhalb des ersten Jahres. Demnach würden von den 10 lebenden entlassenen 80% das erste Lebensjahr erreichen. Ob man nun diese Zahl aber ohne weiteres auf die übrigen 37 anwenden darf, erscheint mindestens zweifelhaft, jedoch wird man berechtigt sein, anzunehmen, daß die Hälfte der Kinder, die lebend die Anstalt verlassen haben, noch am Leben ist, zumal es sich um eheliche Kinder handelt. Im zweiten Teile der Tabelle sind die unehelichen zusammengestellt. Von 44 Kindern erhielten wir in 36 Fällen Nachricht. Von diesen 36 lebten zur Zeit der Nachforschung noch 15, die sämtlich älter als ein Jahr waren. Nach dem ersten Jahr gestorben sind 2, mithin haben von 36 Kindern 17 ein Alter von mindestens 1 Jahr erreicht = 47,22%; ein wesentlich ungünstigeres Ergebnis als bei den ehelich geborenen. Im allgemeinen scheint auch der Gesundheitszustand der unehelich geborenen Kinder nicht so günstig zu sein wie der der ehelich geborenen, wie aus den beigefügten Bemerkungen hervorgeht. Man kann aber annehmen, daß für die noch lebenden Kinder, von denen die jüngsten

bereits drei Jahre sind, keine wesentlich höhere Lebensgefahr besteht als für rechtzeitig geborene. Als Todesursache für die gestorbenen kommen verschiedene Krankheiten in Frage wie aus der Tabelle ersichtlich.

Fassen wir das Gesamtresultat dieser letzten Tabelle zusammen, so finden wir von 46 lebend Entlassenen 25, die das erste Lebensjahr erreichten 54,34%. Als Gesamtresultat unserer Nachforschungen ergibt sich also, daß von 138 in der Anstalt geborenen Kindern über 93 Gewißheit zu erlangen war. Von diesen 93 starben im ganzen 68, während 25 das erste Lebensjahr erreichten, also über $^1/_4$. Für die 45 übrigen Kinder wird man als sicher annehmen können, daß ihre Mortalitätsziffer nicht größer ist, sondern eher geringer, da sie fast alle ehelich geboren sind. Mithin kann man wohl den Schluß ziehen, daß $^1/_3$ unserer Kinder das erste Lebensjahr erreicht haben.

Verfolgen wir nun an der Hand von Tab. III das Verhalten der Kinder in der Couveuse, so läßt sich schwer entscheiden, ob und welcher Einfluß der Couveusenbehandlung stattgefunden hat. Bei den 16 Fällen der Tab. III, die in den ersten 24 Stunden gestorben sind, kann man wohl sicher jeglichen Einfluß verneinen. Anders verhält es sich mit den Kindern dieser Gruppe, die innerhalb der ersten Woche starben.

Nur ganz wenige haben beim Tode das Anfangsgewicht wieder erreicht, die meisten haben sogar recht erheblich abgenommen. Da sich bei der Sektion nur drei in Fällen Krankheiten finden ließen, muß man doch annehmen, daß nur wegen der frühzeitigen Geburt die Widerstandsfähigkeit sehr gering ist, und nur der Couveusenbehandlung zusammen mit der guten Pflege es zuzuschreiben ist, daß die Kinder überhaupt längere Zeit am Leben blieben. Daß die Kinder in großer Zahl infolge interkurrenter Krankheiten zugrunde gingen, worauf von manchen Seiten hingewiesen wird, konnten wir nicht feststellen. Bei den lebend Entlassenen zeigt sich im allgemeinen gute Gewichtszunahme, einzelne haben allerdings bei der Entlassung ihr Anfangsgewicht noch nicht wieder erreicht, und es macht fast den Eindruck, als ob diese Kinder draußen auch eher ad exitum kommen als die andern, was ja auch nicht weiter verwunderlich wäre. Andererseits finden sich aber auch Fälle, die ebenfalls bei der Entlassung ihr Anfangsgewicht nicht wieder erreicht haben, und trotzdem späterhin gut gedeihen. Immerhin scheint diese langanhaltende Gewichtsabnahme doch prognostisch ungünstig zu sein. Im großen und ganzen können wir mit den Erfolgen der Couveusenbehandlung zufrieden sein. Leider fehlen uns zum Vergleich entsprechende Zahlen vor der Couveuseneinführung in unserer Anstalt. Wir verweisen daher auf die am Schlusse der Arbeit angeführte Literatur. Danach weicht unsere Zahl 34% Mortalität nicht wesentlich von dem anderer Kliniken ab.

Tabelle V.

Übersicht über die ehelich und unehelich geborenen Kinder im Gewichte von 1001—1500 g.

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
1	1280	10	—	Anatom: Pädatrophie
2	1400	14	1300	Pädatrophie
3	1500	2	—	Atalect. pulm.
4	1420	10	1400	Pädatrophie
5	1250	7	1080	Pädatrophie
6	1290	58	1840	Pädatrophie
7	1480	34	1400	Pädatrophie
8	1250	2	—	Atalect. pulm.
9	1350	1	—	Atalect. pulm.
10	1100	7	1030	Pädatrophie
11	1450	5	1460	Pädatrophie
12	1470	1	—	Atalect. pulm.
13	1330	1	1130	Pädatrophie
14	1430	1	—	Atalect. pulm.
15	1240	1	—	Atalect. pulm.
16	1160	1	—	Atalect. pulm.
17	1470	10	1390	Pädatrophie
18	1420	$^1/_2$	—	Atalect. pulm.
19	1010	2	—	Atalect. pulm.
20	1400	2	—	Atalect. pulm.
21	1450	1	—	Atalect. pulm.
22	1400	10	940	Pädatrophie
23	1030	1	—	Atalect. pulm.
24	1320	5	—	Pädatrophie
25	1160	22	—	Pädatrophie
26	1420	6	—	Pädatrophie
27	1110	4	—	Pädatrophie
28	1350	2	—	Atalect. pulm.
29	1340	3	—	Atalect. pulm.
30	1120	$^1/_2$	—	Atalect. pulm.
31	1400	12	1090	Pädatrophie
32	1120	$^1/_2$	—	Pädatrophie
33	1330	$^1/_4$	1250	Atalect. pulm.
34	1500	$^1/_2$	—	Atalect. pulm.
35	1400	3 St.	—	Pädatrophie
36	1410	$^1/_2$	—	Pädatrophie
37	1140	7	1000	Pädatrophie
38	1500	$^1/_2$	—	Pädatrophie
39	1500	3	1300	Pädatrophie
40	1350	2	—	Atalect. pulm.
41	1290	58	1920	Brechdurchfall

Tabelle V. (Fortsetzung.)

Nr.	Gewicht bei der Geburt	Dauer des Aufenthalts i. d. Couveuse	Gewicht bei der Entlassung	Bemerkungen
42	1050	16	840	Pädatrophie
43	1010	4	910	Pädatrophie
44	1350	7	1240	Pädatrophie
45	1120	75	2300	?
46	1370	2	—	Atalect. pulm.
47	1070	$^1/_2$	—	Atalect. pulm.
48	1200	10	950	Pädatrophie
49	1090	1	—	Atalect. pulm.
50	1350	8	1200	Atalect. pulm.
51	1410	14	1220	Atalect. pulm.
52	1300	2	—	Atalect. pulm.
53	1400	22	1160	Pädatrophie
54	1200	6	—	Pädatrophie
55	1020	2	990	Atalect. pulm.
56	1100	3	—	Pädatrophie
57	1250	4	—	Pädatrophie
58	1300	$^1/_2$	—	Pädatrophie
59	1080	2	—	Pädatrophie
60	1340	1	—	Atalect. pulm.
61	1310	3	1280	Atalect. pulm.
62	1220	4	1050	Atalect. pulm.
63	1180	4	1130	Pädatrophie
64	1300	37	1160	Pädatrophie
65	1150	1	—	Atalect. pulm.
66	1410	8	1260	Nichts festzustellen
67	1400	9	1150	
68	1050	8	810	
69	1500	14	1360	
70	1470	44	2050	4 M. Darmkatarrh
71	1300	10	1150	
72	1500	21	1500	
73	1270	65	2170	5 M. Pädatrophie
74	1470	30	1970	8 M. unbekannt
75	1300	54	2400	gesund 8,5 kg

Wir wenden uns nun der letzten Gruppe der frühgeborenen Kinder dieser Einteilung zu. Es handelt sich um 75, die im Gewichte zwischen 1001 und 1500 g lebend geboren wurden. An erkennbaren Ursachen für das Auftreten der Frühgeburt fanden sich 2 mal Eklampsie, 2 Schwangerschaftsnephritis, 1 Phthisis pulm., 4 Plac. praev. und 2 mal Pyelitis. Diese 11 Kinder kamen sämtlich kurz post partum ad exitum. Von den übrigen

75 Kindern starben 65 = 88 %, und zwar 18 in den ersten 24 Stunden, 10 wurden 2 Tage alt, 17 kamen vom 2.—7. Tage ad exitum, die übrigen 45 starben erst nach längerer Zeit; 1 sogar erst am 75. Tage. Als Todesursache fand sich fast bei allen Lungenatalektase oder Pädatrophie. Nur bei 2 Kindern ließen sich Bronchopneumonien nachweisen. Das eine Kind kam am dritten Tage, das zweite, das sich sehr gut entwickelt hatte, am 75. Tage ad exitum. Bei einem dritten Kind stellte sich Brechdurchfall ein, und es kam noch am 58. Tage ad exitum.

Von den lebend entlassenen 10 Kindern bieten 5 insofern eine schlechte Prognose, als sie bei der Entlassung noch nicht einmal das Anfangsgewicht wieder erreicht hatten. 1 hat nach 3 Wochen gerade sein Anfangsgewicht erreicht, während 4 leidliche Gewichtszunahme zeigen. Bei dieser Gruppe ist von einem Einfluß der Couveuse noch weniger zu merken, als bei der vorigen. Dabei fällt am meisten auf, daß die Zahl der Kinder, die am ersten Tage sterben, bei weitem nicht mehr so erheblich überwiegt, als bei der vorigen Gruppe. Auf welchen Ursachen das beruht, läßt sich nicht sagen. Das Resultat ist daher trotz der Couveusenbehandlung wenig erfreulich. Da es sich jedoch um Kinder handelt, die von mancher Seite zu den kaum lebensfähigen gerechnet werden, so könnte man auch mit diesem Erfolge zufrieden sein.

Unsere Nachforschungen über das weitere Ergehen der 10 lebend Entlassenen haben in 4 Fällen zu einem Ergebnis geführt. Von diesen 4 Kindern lebt nur noch ein eheliches. Es wog bei der Geburt 1300, bei der Entlassung 2400 g. Somit waren die Aussichten für das Kind nicht ungünstig, zumal es einer wohlhabenden Familie angehörte. Dank der aufmerksamen Pflege hat sich das Kind denn auch sehr gut entwickelt, es ist jetzt $1^1/_4$ Jahr alt, gesund und wiegt 8,5 kg. Die 3 anderen unehelichen Kinder sind alle innerhalb des ersten Jahres gestorben. Der oben angeführte Fall zeigt, daß auch bei derartig kleinen Früchten noch nicht jede Hoffnung auf Erhaltung des Lebens fallen gelassen werden braucht, sondern daß es gelingt, und wie wir wohl mit Recht annehmen dürfen, mit Hilfe der Couveuse und sorgsamer Pflege ein solches Kind durchzubringen. Von den 3 anderen Kindern starb 1 an Darmkatarrh, 1 an Pädatrophie und 1 an unbekannter Ursache.

Einen Schluß auf die Lebensfähigkeit derartig kleiner Früchte aus diesem Fall zu ziehen, erscheint natürlich nicht angebracht.

So weit das Ergebnis unserer Nachforschung über das Schicksal der spontan frühgeborenen Kinder.

Fassen wir das Resultat noch einmal zusammen, so können wir sagen, daß die Kinder im Gewichte von 2501—3000 g sich annähernd so verhalten, wie ausgetragene Früchte.

Von 449 Kindern im Gewichte von 2001—2500 g ließ sich in 317 Fällen ihr Geschick verfolgen. Es starben von diesen 317 innerhalb des ersten Jahres 108 = 34,06 %. Diese Prozentzahl ist aber zu klein genommen, da von den 317 Kindern noch diejenigen abzuziehen sind, die am Termin der Nachforschung das erste Lebensjahr noch nicht beendet hatten. Zieht man diese Zahl von den 317 Kindern ab, so ergibt sich 38,7 %.

Von 91 lebend Entlassenen im Gewichte von 1501—2000 g ließ sich in 46 Fällen näheres feststellen. Es erreichten ein Lebensalter von 1 Jahr und darüber 25; also ist die Mortalität 45,7 %.

Von 10 lebend Entlassenen im Gewichte von 1001—1500 g lebt sicher noch eins. Wir kommen also zu dem Gesamtergebnis, daß von 324 lebend entlassenen, spontan frühgeborenen Kindern im Gewichte von 1001—2500 g noch 195 nach 1 Jahr leben, also beträgt die Mortalitätsziffer 40,74 %. Zu wesentlich ungünstigeren Resultaten kommt man aber, wenn man die in der Anstalt verstorbenen Kinder mit in die Berechnung zieht. Dann zeigt sich, daß von 490 Kindern 296 gestorben sind = 60,4 %. Läßt man die Frühgeburten von 1001—1500 g als kaum lebensfähig unberücksichtigt, so hat man auf 421 Frühgeburten 229 Todesfälle = 54,39 %.

Zum Schluß lassen wir noch eine Übersicht über unsere künstlichen Frühgeburten in demselben Zeitraum folgen. Da bekanntlich bei unseren Hamburger Frauen im allgemeinen Beckenverengungen höheren Grades nicht häufig sind, so kommt auch die künstliche Frühgeburt aus dieser Indikation in unserer Anstalt nur selten zur Anwendung. Aus unseren Geburtsbüchern konnte ich nur viermal in den in Frage kommenden Jahren die Anordnung der künstlichen Frühgeburt mit Erreichung eines lebenden Kindes bei engem Becken feststellen. Häufiger wird sie eingeleitet bei Eklampsie, Schwangerschaftsnephritis und Placenta praevia. Außerdem kam sie noch einige Male bei schweren Erkrankungen der Mutter in Anwendung. Wir betonen auch hier, daß wir nicht unser gesamtes Material genommen haben, sondern nur die Fälle, bei denen ein lebendes Kind geboren wurde. Nachstehend lassen wir eine Liste der betreffenden Fälle folgen, und zwar auch hier gemäß unserer früheren Einteilungsordnung.

Tabelle VI.

Übersicht über die künstlichen Frühgeburten im Gewichte von 1001—3000.

Nr.	Anfangsgewicht	Tage in d. Anstalt	Entlassungsgewicht	Indikation der künstlichen Frühgeburt	Art der künstlichen Entbindung
1	2640	32	3050	Eklampsie	Vag. Kaiserschnitt
2	2700	21	2700	Eklampsie	Metreuryse
3	2590	16	2750	Nephritis	Blasenstich
4	2570	17	2630	Nephritis, Asthma, gest.,	Blasenstich
5	2600	46	4000	Nephritis	Metreuryse
6	2620	30	2900	Eklampsie	Vag. Kaiserschnitt
7	2570	50	2950	Pyelitis	Metreuryse
8	2760	12	2750	Plac. praev.	Metreuryse
9	2700	12	2800	Plac. praev.	Metreuryse
10	2600	18	2550	Plac. praev.	Metreuryse
11	2580	11	2600	Enges Becken	Metreuryse
12	2580	14	2630	Enges Becken	Metreuryse
13	2250	15	2500	Eklampsie	Metreuryse
14	2150	17	2980	Nephritis	Blasenstich
15	2050	17	2160	Eklampsie	Bougie, Metreuryse
16	2400	?	?	Eklampsie	Dilat. mit Hegar. Comb. Wend.
17	2060	25	2450	Nephritis	Metreuryse
18	2500	14	2340	Eklampsie	Metreuryse
19	2230	28	2800	Eklampsie	Metreuryse
20	2280	?	2880	Pyelitis	Blasenstich
21	2320	?	2280	Pyelitis	Blasenstich
22	2450	15	2360	Plac. praev.	Metreuryse
23	2500	7	2270	Plac. praev.	Metreuryse
24	2420	49	2780	Vit. cord. Polyartritis	Metreuryse
25	2050	30	2400	Eklampsie	Metreuryse
26	2150	30	2720	Nephritis	Metreuryse
27	1900	21	1960	Enges Becken	Nelaton-Katheter
28	1700	40	2850	Eklampsie	Vag. Kaiserschnitt
29	1720	20	1380 gest.	Nephritis	Metreuryse
30	1850	50	2530	Nephritis	Metreuryse
31	1720	33	2830	Eklampsie	Metreuryse
32	2000	19	1460 gest.	Eklampsie	Metreuryse
33	1810	29	2060	Blutungen in graviditate	Blasenstich
34	1850	9	1780	7 Kinder tot	Metreuryse
35	1720	3	1660 gest.	Plac. praev.	Metreuryse
36	1890	$^1/_2$	1890 gest.	Plac. praev.	Metreuryse
37	1920	2	1860 gest.	Plac. praev.	Metreuryse

Tabelle VI. (Fortsetzung.)

Nr.	Anfangs-gewicht	Tage in d. Anstalt	Entlassungs-gewicht	Indikation der künstlichen Frühgeburt	Art der künstlichen Entbindung
38	1900	6 Std.	— gest.	Plac. praev.	Metreuryse
39	1670	3	1560 gest.	Enges Becken	Metreuryse
40	1150	5	940 gest.	Eklampsie	Blasenstich
41	1300	1	gest.	Nephritis	Metreuryse
42	1370	$^1/_2$	gest.	Eklampsie	Metreuryse
43	1470	$^1/_2$	1620	Eklampsie	Metreuryse
44	1050	2	1000 gest.	Nephritis	Metreuryse
45	1440	10	1380 gest.	Vorz. Blasensprung	Metreuryse
46	1250	4	850 gest.	Blutung in graviditate	Metreuryse
47	1100	6 Std.	gest.	Blutung in gravididate	Metreuryse
48	1050	1	gest.	Blutung in graviditate	Metreuryse
49	1500	1	gest.	Plac. praev.	Metreuryse
50	1050	1	gest.	Plac. praev.	Metreuryse
51	1250	3 Std.	gest.	Plac. praev.	Metreuryse
52	1350	4 Std.	gest.	Plac. praev.	Metreuryse
53	1500	6 Std.	gest.	Plac. praev.	Metreuryse
54	[550	34	2420	Plac. praev.	Kolpeurynter

Wir sehen also, daß sämtliche Kinder der beiden ersten Gruppen die Anstalt lebend verlassen. Wesentlich ungünstiger stellt sich die Mortalität der dritten Abteilung, da von 13 Kindern nur 6 = 46,15 % die Anstalt lebend verließen, während 7 = 53,85 % starben. Von den übrigen Kindern starben am ersten Tage 2, in den ersten 8 Tagen 3, innerhalb der ersten 3 Wochen noch 3. Am ungünstigsten stellt sich die Abteilung 4 dar, da von 15 Kindern nur 2 die Anstalt lebend verließen, also die Mortalität 86,66 % betrug. In den ersten 24 Stunden starben von den 13 übrig bleibenden 8, in den ersten 8 Tagen starben 3, eins erreichte ein Alter von 10 Tagen. Bemerkt sei noch, daß wiederum die beiden letzten Gruppen in der Couveuse behandelt sind. Von den Placenta praevia der dritten Gruppe bleibt kein Kind am Leben, von der Eklampsie und Nephritis bleiben 3 am Leben, von den Placenta praevia der 4. Gruppe bleibt nur eins am Leben, ebenso von der Eklampsie. Es scheint also, als ob diese Kinder vor der Geburt schon so viel gelitten haben, daß auch Couveusenbehandlung keinen großen Einfluß auf die Erhaltung des Lebens auszuüben vermochte. Das braucht ja auch bei der Art der beiden Erkrankungen nicht Wunderzunehmen. Wir haben nun auch hier versucht, etwas über das weitere Schicksal der Kinder zu erfahren. Leider sind auch hier wieder die Auskünfte über die ehelich

geborenen recht spärlich eingelaufen, während wir über die unehelichen ziemlich genaue Übersicht erhielten. Wir lassen nachstehend das Ergebnis folgen, und zwar zuerst wieder die ehelichen Kinder, dann die unehelichen. Die eingeklammerten Zahlen entsprechen den Zahlen der Tabelle VI.

Tabelle VII.

Ergebnis der Nachforschung über die lebend entlassenen ehelichen und unehelichen Kinder nach künstlicher Frühgeburt.

a) Eheliche.

Nr.	Anfangsgewicht	Tage i. d. Anstalt bzw. Couveuse	Entlassungsgewicht	Indikationskrankheit	Alter	Bemerkungen
1 (4)	2570	17	2630	Nephritis, Asthma	$1^1/_4$ J.	gesund, 11 kg
2 (9)	2700	12	2800	Plac. praev.	1 J.	gest. an Pädatrophie
3 (24)	2420	49	2780	Polyarthritis, Vit. cord.	1 J. 1 M.	gest. an Keuchhusten
4 (11)	2580	11	2600	enges Becken	$1^1/_2$ J.	gesund, $11^1/_2$ kg
5 (27)	1900	21	1960	enges Becken	$2^3/_4$ J.	gesund, 13,6 kg

b) Uneheliche.

1 (1)	2640	32	3050	Eklampsie	$1^1/_4$ J.	an unbek. Ursache gest.
2 (15)	2050	17	2160	Eklampsie	$1^1/_4$ J.	an unbek. Ursache gest.
3 (5)	2600	46	4000	Nephritis	11 M.	an unbek. Ursache gest.
4 (6)	2620	30	2900	Eklampsie	3 M.	an unbek. Ursache gest.
5 (54)	2550	34	2420	Plac. praev.	4 M.	an unbek. Ursache gest.
6 (20)	2280	?	2680	Pyelitis	$5^1/_2$ J.	gesund
7 (21)	2320	?	2280	Pyelitis	4 M.	gesund
8 (23)	2500	7	2270	Plac. praev.	6 M.	gesund, 5,35 kg

Also nur in 5 Fällen war über eheliche näheres zu erfahren. Sie zeigen, daß sie alle mindestens ein Jahr geworden sind, 2 sind allerdings kurz hinterher gestorben. Die 3 übrigen waren gesunde, normal entwickelte Kinder. Von 8 unehelichen Kindern sind 3 älter als 1 Jahr geworden, 3 sind innerhalb eines Jahres gestorben, während 2 nicht mitrechnen, da sie erst innerhalb des letzten Jahres geboren sind. Wir finden demnach, daß von 11 frühgeborenen Kindern 8 = 72,72 % nach einem Jahr noch leben. Ob man aber aus diesem Resultat einen Schluß ziehen darf, lasse ich dahin gestellt.

Zusammenfassend haben wir also von 33 künstlichen Frühgeburten 25 gestorbene = 75,75 % Mortalität. Läßt man die

Kinder im Gewichte von 1001—1500 unberücksichtigt, so ergibt sich: 57,78 % Mortalität. Leider sind die in Betracht kommenden Zahlen zu klein, als daß sie irgendwie beweisend sein könnten. Über das Verhalten in der Couveuse bei den beiden letzten Gruppen gilt im allgemeinen das oben bei den spontan frühgeborenen Kindern erwähnte, wenn auch die Erfolge nicht ganz so günstig sind.

Wir kommen also auf Grund der vorliegenden Arbeit zu dem Schluß, daß die Aussichten für frühgeborene Kinder allerdings wesentlich ungünstiger sind als für reife. Trotzdem gelingt es bei geeigneter Pflege fast die Hälfte aller spontan frühgeborenen Kinder im Gewichte von 1501—2500 solange mindestens zu erhalten, bis sie ein Jahr sind. Von dem Zeitpunkte an kann man annehmen, sind sie ebenso widerstandsfähig wie normale Kinder.

Bei den künstlichen Frühgeburten ist das Verhältnis etwas ungünstiger.

Bei Durchsicht der Literatur finden sich in der deutschen nur wenig Autoren, die dasselbe Thema bearbeitet haben. Die meisten beschränken sich darauf, das Schicksal der Kinder bei künstlicher Frühgeburt zu verfolgen. Dagegen konnten wir aus der ausländischen Literatur verschiedene Autoren finden, die dasselbe Thema behandelt haben. Wir lassen eine Übersicht über die einschlägige Literatur folgen mit kurzer Inhaltsangabe:

Auvard, Archives de Toxikologie. Maladies des Femmes et des enfants nouveau-nés.

De la Couveuse pour enfants.

Couveuse 1881 eingeführt von Tarnier in der Maternité, Paris. Erste Couveuse bestand aus Holzschachtel mit drei Wänden und Isolierschicht. Wärme wurde durch heißes Wasser zugeführt.

93 Kinder vom 6.—$8^1/_2$ Monat wegen Frühgeburt in der Couveuse behandelt. 31 gestorben. 62 lebend entlassen. Von reifen Kindern 6 in die Couveuse, 2 tot, 4 lebend. Dauer des Aufenthalts in der Couveuse 1—5 Tage.

Kinder unter 2000 g 30 % Mortalität. Früher ohne Couveuse 60 % (Maternité de Cochin) 1882.

Ohne Couveuse 65 % Mortalität (Maternité de Paris 79—81).

Credé, Archiv für Gynäkologie Bd. 24 1884, p. 130.

Über Erwärmungsgeräte bei frühgeborenen und schwächlichen Kindern, Verfasser hat eine Wärmewanne konstruiert, in die sämtliche Kinder bis zu einem Gewicht von 2500 g kommen.

Erfolg: Von 24 Kindern, die bei der Geburt 1001—1500 g wogen, starben in der Anstalt 20 = 83 %.

Von 115 Kindern von 1501—2000 g 42 gestorben = 36 %. Von 476 Kindern von 2001—2500 54 gestorben = 11 %. Von 52 Kindern von 2501—2900 g gestorben 1 = 2 %.

Von den 653 Kindern zwischen 1501—2900 starben 97 = 15 %.

Heymann, Über Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.

Archiv für Gynäkologie Bd. 59, 1899, p. 404.

107 Fälle. Von 43 lebend geborenen starben 4 in der Anstalt. 39 lebend entlassen = 76,5 %.

Von 29 Kindern war Nachricht zu erhalten. 18 Kinder leben, 11 gestorben. Insgesamt starben von 33 Kindern 10 = 30,3 %.

Lorey, Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt mit besonderer Berücksichtigung des späteren Schicksals der Kinder. Archiv für Gynäkologie, Bd. 71, 1904, p. 316.

Enges Becken: 100 Geburten. 100 Kinder. lebend geboren 74 = 74 %.

In den ersten 10 Tagen starben 14, lebend entlassen 60 = 60 %.

Über 56 der lebend entlassenen war Nachricht zu erhalten. 40 überstanden das 1. Lebensjahr = 71,5 %. Verfasser zieht von dieser Zahl noch die 3 unehelich geborenen ab. Er kommt dann zu dem Resultat, daß von 51 11 gestorben sind = 21,5 %.

Kinder sind etwas zurück gegen reife.

b) Künstliche Frühgeburt wegen Erkrankung der Mutter in 37 Fällen.

14 Eklampsie, 6 Nephritis, 3 Herzfehler, 6 Plac. praev., 4 Dyspnoe, 3 Uterusca, 1 Pyelitis.

Von 37 Müttern wurden 38 Kinder geboren. Davon in der Anstalt gestorben 14 = 36,8 %. Lebend entlassen 24 = 63 %.

Von 20 lebend entlassenen Kindern gestorben im 1. Jahr 14 = 70 %, lebend 1 Jahr 6 = 30 %.

Über 4 Kinder war keine Auskunft zu erhalten.

Von sämtlich lebend geborenen Kindern sind 15,8 % am Leben.

Weniger als 2000 g wogen 14, davon gestorben 8 = 50,7 %, 6 lebend entlassen. Nach einem Jahre lebte keines mehr.

Über 2000 g von 24 Kindern 7 in der Anstalt gestorben. 17 = 70,8 % lebend entlassen.

8 bald nach der Entlassung gestorben. 5 = 39 % vollendeten das 1. Lebensjahr.

Ahlfeld, Centralblatt für Gynäkologie. Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt frühgeborenen Kinder. Von 56 Eheleuten beantworteten 55 die Anfrage.

5 im 1. Jahr gestorben = 9,1 %.

Kinder wogen sämtlich über 2000 g bei der Geburt.

Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 51, p. 617, Referat.

Les Couveuses aux enfants-assistés. Hutinel et Delestre.

Revue mens. des malad. de l'enfance. 1899.

Seit Einführung der Couveuse hat sich die Sterblichkeit der Kinder mit weniger als 2000 g Anfangsgewicht von 66 auf 36 % vermindert. Verfasser wollen die Couveuse nur für solche Kinder benutzt wissen, deren Temperatur subnormal ist. Ausgeschlossen sollen werden absolut unreife, mit angeborenen oder in der Couveuse erworbenen Krankheiten. Infizierte Fälle sollen in der Couveuse stärker gefährdet sein als außerhalb. Kinder sterben meistens an Infektionen. Couveuse soll nur so lange erforderlich sein, bis die normale Temperatur erreicht ist.

Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 53, p. 234.

James d. Vorhels, Archives of Pediatrics Mai 1900. The cure of premature babies in incubators.

Kinder, die unter 2500 g wiegen, werden in Watte gewickelt und durch Wärmflaschen erwärmt. Kinder unter 2250 g in die Lionsche Couveuse. Bei 336 Frühgeburten waren 86 reife Kinder, Mortalität bei diesen 4,25 %. 145 Kinder wogen um 2500 g. In Watte gepackt. Mortalität 8 %. In die Couveuse kamen 106. Von diesen starben 29 innerhalb der ersten 4 Tage, von den 77 starben 13 = 16 % in den ersten 24 Tagen, von den restierenden 64 Kindern konnte über 28 nichts ermittelt werden. Von den andern 36 waren 21 völlig gesund, die übrigen gestorben.

Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 76, p. 256. Referat. Couveuse und Couveusenkinder. P. le Grand, Inaug.-Dissert. Amsterdam 1907 (Amsterdamer Klinik Couveuse System Auvard). Nicht Gewicht, sondern Körpertemperatur soll bestimmen, ob ein Kind in die Couveuse kommt oder nicht. Von 1902 bis 1906 106 Couveusen-Kinder geboren. Am Leben geblieben 44,3 %. Von draußen aufgenommen 271, am Leben geblieben 19,9 %. Von 101 Kindern, die lebend entlassen wurden, konnte Verfasser in 91 Fällen Nachricht erhalten. 46 waren gestorben, 45 am Leben. Die lebenden hatten fast alle Rachitis.

Jahrbuch der Kinderheilkunde, Bd. 54, p. 237. Referat. Americ. Vournal of med. sciences April 1901. Vanderpoel Adrianic. Premature infants. Jon 40 Kindern, die in der 28.—38. Woche geboren wurden, starben 24. Bei 13 lag die Ursache an der Frühgeburt, 5 Kinder der 28. Woche starben sämtlich innerhalb weniger Stunden.

Ovitalitate predcasne narozenych vehi (Die Vitalität frühgeborener Kinder.) Ant. ostrcil.

Casopis lekaruv ceskych 1906 (Prager Klinik). 1542 uneheliche Frühgeburten in den letzten 10 Jahren. Gewicht 1400—2800. Andere bleiben unberücksichtigt. 52,7 % überleben das erste Jahr, bis 1900 g überlebten 33 %, bis 2000 g überlebten 47 %, bis 2800 g überlebten 63 %. Für ausgetragene Kinder gibt Verfasser 60,5 % Mortalität, von 814 Kindern leben noch 86,6 % (frühgeboren). Von ausgetragenen Kindern 97,7 %. Nach Verfasser soll die Resistenz frühgeborener Kinder im ersten Lebensjahr nur wenig geringer sein, als bei ausgetragenen.

Traud, Die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. Inaugural-Dissertation, Kiel 1912.

Von 32 frühgeborenen, lebend entlassenen Kindern sind 4 gestorben = 21,1 %.

Zum Schluß gestatte ich mir, Herrn Oberarzt Dr. Rüder für die freundliche Überlassung des Materials zu dieser Arbeit und seine liebenswürdige Unterstützung meinen besten Dank auszudrücken.

Lebenslauf.

Ich, Klaas Willems Bakker, wurde am 12. September 1881 zu Borkum, Prov. Hannover, geboren. Ich bin evangelischer Konfession. Vom 16. Lebensjahr an besuchte ich das Realgymnasium zu Leer, das ich Ostern 1902 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Die beiden ersten Semester verbrachte ich in München und Berlin. Seit Ostern 1903 studierte ich in Marburg, wo ich 1905 die ärztliche Vorprüfung bestand. Meine klinischen Semester verbrachte ich sämtlich in Marburg, wo ich auch am 3. Aug. 1907 meine ärztliche Staatsprüfung beendete. Seitdem war ich in Kassel am Landkrankenhaus, in Berlin am Krankenhaus Friedrichshain und am Eppendorfer Krankenhaus als Assistent tätig bis zum 1. April 1913.

Sonderabdruck aus

Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten.

Band XVIII.